



## L'OSPEDALE DEI BAMBINI

Sintesi del Rapporto di ricerca, 1998

### L'Ospedale Pediatrico Anna Meyer come organismo narrante

Aveva smesso di funzionare la Ruota agli Innocenti (1875) e Carlo Lorenzini inventava Pinocchio, quando a Firenze nasceva lo Spedale Anna Meyer per i bambini; «l'ospedalino» per i fiorentini costruito su finanziamento del commendator Giovanni Meyer tra il 1884 ed il 1887. L'ospedalino rappresenta una tappa di grande rilievo nella storia dell'assistenza all'infanzia perché fino ad allora la degenza dei bambini non era stata ancora differenziata da quella degli adulti, se non nei turni speciali presso l'arcispedale di S. Maria Nuova, ed i bambini stessi erano considerati piccoli adulti.

La città conosceva in quegli anni una serie di operazioni di ristrutturazione che andavano ad incidere in maniera profonda sul vecchio tessuto urbano con una volontà di bonifica sociale oltre che igienica, che modificava le modalità che avevano caratterizzato sino ad allora il rapporto tra città ed infanzia. Da una parte l'impegno nei confronti delle cause più frequenti di malattia nel quadro di una nuova tutela dell'igiene e della salute pubblica, dall'altra un processo di cancellazione di luoghi come riordino urbano.

Il progetto dell'ospedale è dell'architetto Giacomo Roster (1837-1905), autore di diversi altri progetti a Firenze ed in Toscana, tra cui il progetto del riordinamento del centro di Firenze, il manicomio provinciale di S. Salvi, la serra del giardino della società di Orticoltura di Firenze ed altri edifici pubblici e privati. La scelta della localizzazione affidata al titolare della clinica chirurgica, prof. Corradi, ricadde infelicitemente su un terreno situato tra la barriera delle Cure e la barriera del Pino, vicino al tracciato della vecchia strada ferrata aretina. L'acquisto del terreno e la costruzione dell'ospedale dei bambini (1884-1887), si inserisce in una parte della città destinata all'espansione edilizia, compromessa ed in rapida evoluzione. I progetti di ampliamento previsti per Firenze capitale (1865), nel loro divenire, rimangono neutri ed estranei a questo intervento. La prima costruzione consisteva semplicemente in un corpo centrale a due piani e due padiglioni laterali ad un solo piano.

Il Meyer riflette in piccolo la tipologia degli ospedali a padiglioni separati che si incominciano a costruire verso la fine del secolo con diversi schemi planimetrici. Si tratta di edifici ad un piano e quindi con una forte occupazione di suolo e maggiori costi di costruzione e di esercizio. L'ospedale a padiglioni nasce per diversi motivi: per avere una minore incidenza dei contagi, una minor durata delle degenze, una migliore illuminazione ed areazione. Le sue successive evoluzioni sono motivate dall'esigenza di limitare le dilatazioni planimetriche con la crescita in altezza ed in capienza per piano degli edifici, e di stabilire collegamenti tra i padiglioni. Inserito in un contesto urbano ormai saturo e fortemente trafficato, l'ospedale Meyer si articola oggi in più sedi dislocate nella circoscrizione 2 del comune di Firenze. Le scelte urbanistiche passate e quelle più recenti non solo hanno accentuato le carenze iniziali ma hanno isolato l'intero presidio, circondato da intense direttrici di traffico urbano ed extraurbano, situazione che i lavori e poi l'esercizio della linea ferroviaria ad alta velocità renderà ancora più complessa.

Contrariamente al rapporto con la città fisica, il rapporto con la città sociale è invece intessuto di una relazione sedimentata di episodi di solidarietà: individualmente o in forma associata, il sostegno al Meyer è sempre stato sentito dalla cittadinanza. Ciò in parte deriva dal ruolo che a Firenze, come in diverse città europee, riveste questo tipo di struttura, tanto da essere tradizionalmente inserite negli itinerari di visita alla città e dall'essere oggetto di donazioni e lasciti sin dall'origine.

Informazioni:

**Fondazione Giovanni Michelucci - ONLUS**

via Beato Angelico, 15 – 50014 Fiesole (FI) tel. : voce +39.055.597149 fax +39.055.59268

e-mail: [fondazione.michelucci@michelucci.it](mailto:fondazione.michelucci@michelucci.it) - web: [www.michelucci.it](http://www.michelucci.it)

C.F. 94007610481

### **L'ospedale Meyer fra tradizione e futuro**

L'ospedale pediatrico Anna Meyer, l'unico della regione Toscana, è una realtà complessa e contraddittoria dove il nuovo, pur se in spazi ristretti e inadeguati, si fa strada fra il vecchio. Dove cioè convivono situazioni fortemente critiche con altre dove più evidenti sono i segni della trasformazione in atto e che già prefigurano il «nuovo Meyer».

Il nuovo ospedale pediatrico dovrebbe essere il risultato di un impegno e di un lavoro corale, dove il nuovo si innesta senza negarle sulle vecchie radici, valorizzando così anche quel forte senso di identità e di appartenenza che, nonostante tutto, è riuscito a compensare le gravi carenze spaziali e strutturali tuttora presenti in questo vecchio ospedale.

L'analisi condotta su ogni spazio esistente, quindi, non solo ha tenuto costantemente presenti tutte queste specificità e le diverse soggettività, ma si è caratterizzata sollecitando la partecipazione di quest'ultime. La ricchezza del materiale così raccolto (non solo di tipo tecnico), è una preziosa risorsa ed una ulteriore testimonianza della necessità di superare la tradizionale centralità del tecnico-progettista, architetto o ingegnere che sia. Questa tradizione ha lasciato segni piuttosto diffusi e pesanti anche nei diversi spazi dell'ospedale Meyer.

### **Aprire la scatola chiamata ospedale**

Dal 1802, anno in cui a Parigi veniva fondato *l'Hopital des enfants malades*, primo ospedale pediatrico nel mondo, il cammino è stato lungo, sollecitato dalla riflessione critica sui vissuti dei bambini in un ambiente ospedaliero.

La storia dei reparti pediatrici degli ultimi quindici anni mostra una progressiva riduzione sia dei ricoveri sia della degenza media, per un concorso di cause quali il basso indice di natalità, l'introduzione del servizio di pediatria di base, il miglioramento dell'approccio diagnostico e terapeutico nei confronti di molte patologie, l'istituzione in molti ospedali di ambulatori pediatrici specialistici e di servizi di day hospital pediatrico.

In Italia vi sono pochi esempi di ospedale pediatrico: l'Istituto Gaslini di Genova, il Burlo Garolfo di Trieste, il Bambin Gesù di Roma, l'ospedale Meyer di Firenze, il complesso universitario di Torino. La progettazione recente è stata prevalentemente rivolta alla ridefinizione di spazi destinati ad unità di degenza e di day hospital pediatrici. Va detto che in generale la progettazione ospedaliera è tra le più delicate e complesse per l'insieme dei fenomeni che entrano a far parte del gioco. Sempre più è una organizzazione plurispecialistica, in genere specializzata nel comparto dell'edilizia sanitaria che si occupa della definizione della qualità architettonica, della organizzazione spaziale e funzionale degli ambienti, dell'impiantistica.

L'occasione straordinaria della progettazione del nuovo polo pediatrico potrebbe consentire interventi interessanti ed innovativi per aprire innanzitutto la scatola sofisticata della progettazione ospedaliera e tendere a ricollocare strutture, spazi e tempi ospedalieri in rapporto alle esigenze dell'infanzia.

### **Paesaggio d'infanzia con ospedale leggero**

Considerare la soggettività del bambino ammalato, la complessità della sua persona come fulcro su cui improntare l'organizzazione della cura, dei tempi e degli spazi di vita ospedalieri, aiuta l'organizzazione sanitaria a rimodellare l'insieme dei mezzi terapeutici, l'iter terapeutico, il sistema gestionale. Aiuta la progettazione ad interpretare la qualità ambientale attraverso l'uso e la percezione dello spazio da parte dei bambini e arricchisce e rinnova il panorama dei requisiti normo-funzionali, consentendo di incidere sulla condizione di malessere psicologico derivante dall'indifferenza ambientale. La considerazione dell'ospedale come spazio mentale e non solo spazio dei corpi in cura inserisce un'attenzione psico-fisiologica in tutte le scelte che concernono la progettazione ospedaliera.

Concepire un ospedale leggero con paesaggio d'infanzia significa pensare ad un ospedale altamente specializzato ma innervato nella rete di altri presidi, con un'area di degenza ridimensionata, ma altamente qualificata per la forte attivazione di altre modalità di cura. Significa anche concepire una struttura sanitaria con requisiti di adattabilità e flessibilità rispetto al continuo processo di innovazione delle tecniche, delle tecnologie, dei sistemi di assistenza e di cura dei malati. Significa infine realizzare una struttura leggera nel rapporto col paesaggio ospitante e non un macro-oggetto chiuso sulla sua specializzazione.

La progettazione della struttura ospedaliera è la realizzazione di un organismo che opera in un paesaggio d'infanzia relazionato con la famiglia, la scuola, la città. Organizzato su degenze ricalibrate, consente una dotazione articolata di modalità di accoglienza rivolte alle famiglie, di spazi non direttamente sanitari ma fondamentali per la cura del bambino.

### **L'ospedale pediatrico ad alta specialità integrato in rete di servizi**

Negli orientamenti complessivi dell'assistenza sanitaria, l'ospedale si configura come il luogo di diagnosi e cura delle malattie in fase acuta, mentre altri presidi assumono la prevenzione e la cura non acuta ed offrono prestazioni che non necessitano di degenza.

La definizione del Meyer come «funzione regionale di riferimento» attribuitagli dal Piano sanitario '96-'98 lo caratterizza come presidio ad alta specializzazione pediatrica. La qualità complessiva della struttura sanitaria dovrà rispondere a questa indicazione.

L'ospedale pediatrico Meyer si caratterizzerà processualmente:

- come struttura di cure ad alta assistenza sanitaria, con prestazioni specialistiche e diagnostiche di particolare complessità, con grande flessibilità e differenziazione dell'offerta di servizi;
- come articolazione di trattamenti di cura e riabilitazione secondo diverse modalità (degenza ospedaliera, day hospital, day surgery, ospedalizzazione domiciliare e ambulatoriale);
- come centro ospedaliero di riferimento regionale per le pediatrie regionali, innervato con i servizi territoriali.

Per il suo ruolo regionale (rispetto alla fibrosi cistica e quello più recente rispetto alla sids, la collaborazione con l'ospedale pediatrico cardiocirurgico di Massa) il Meyer potrebbe inoltre svolgere un ruolo di traino nella riqualificazione della rete dei servizi territoriali per la prevenzione e la salute di base.

Un ospedale amico ha più forza se tutte le strutture sanitarie territoriali nei loro diversi aspetti (prevenzione, educazione alla salute, medicina di base e specialistica, assistenza ospedaliera, riabilitazione) sono interessate da un processo unitario che ricalibra in rapporto alle esigenze dei piccoli fruitori, oggi improntato esclusivamente sulle necessità dell'organizzazione sanitaria.

### **L'ospedale ad alta qualità di accoglienza**

L'alta specialità, con l'incremento dell'efficienza terapeutica per settori di malattia sempre più delimitati ed approfonditi, significa per bambini e familiari un continuo confronto con la realtà e le sofferenze dell'altro. Per i componenti dell'équipe curante, il contatto quotidiano ed esclusivo con un determinato tipo di patologia, l'eccessiva settorializzazione dell'intervento, può far perdere di vista tutti gli altri aspetti che compongono l'unità somato-psichica del bambino, la sua realtà familiare e sociale.

Appare di grande importanza compensare l'aumento di specializzazione con un sistema di accoglienza ed accompagnamento che prenda in carico il disagio di coloro che sono coinvolti e partecipi della malattia. L'alta specialità ha bisogno di portare «la casa dentro l'ospedale» e non solo della semplice delega al tecnico (neuropsichiatra infantile, psicologo).

L'obiettivo generale a cui si tende è quello di ridurre l'impatto psicologico dell'ospedalizzazione nel bambino e nella sua famiglia. Famiglia che è sempre meno «tipo», che può essere nucleare ma anche allargata; oppure monogenitoriale o con i genitori separati che hanno formato altre famiglie. Famiglia che è spesso gravata da consistenti problemi e che la malattia del bambino mette alla prova nella reinvenzione della solidarietà interna, nel rinnovamento del legame affettivo, nell'impegno di responsabilità, nella capacità di comunicazione. In questa prova che può essere particolarmente dura e talvolta può spezzare invece che unire, c'è un'esigenza forte di sostegno e di accoglienza.

La condizione dei bambini provenienti da famiglie a grave rischio di emarginazione sociale, riconducibili alle aree delle povertà materiali e immateriali e dell'immigrazione, che costituisce uno dei problemi socio-sanitari emergenti nel nostro paese, rappresenta un altro aspetto del tema della differenza da tenere nella dovuta considerazione. Le esigenze di cura dei bambini stranieri (figli di immigrati extracomunitari, bambini provenienti da paesi in emergenza) e di minoranze presenti nel territorio nazionale richiedono risposte i termini di comunicazione (per la completezza delle anamnesi, per la eventuale presenza di diverse concezioni igienico-sanitarie e comportamentali, differenti abitudini alimentari, diversi precetti religiosi, differenti modalità di accudimento del bambino). Al distacco dalle relazioni familiari e sociali, a problemi di identità e spesso di povertà e emarginazione, l'esperienza dell'ospedalizzazione aggiunge la separazione da una cultura altra, problematiche legate a bilinguismo e biculturalismo.

### **L'ospedale comunicante**

L'ospedale ha oggi la possibilità di usare un sistema evoluto di comunicazioni sia rispetto alla sfera sanitaria che agli altri aspetti che riguardano la vita del bambino in ospedale, dall'assistenza alla scuola alle attività creative.

Ma ha anche l'esigenza di intervenire sulla rimozione e marginalizzazione della malattia, ancora più forte quando essa riguarda i bambini ed in maniera a volte più dura le bambine, per smitizzare la malattia ed informare.

Il progetto architettonico può intervenire sul carattere di separazione che tradizionalmente comunicano gli spazi ospedalieri, sulla riduzione dell'impatto emotivo e del disagio che comporta l'ospedalizzazione con un'architettura da vivere attivamente e non da subire passivamente e con una dotazione ed una qualità di spazi rispondenti alle esigenze di bambini, familiari, operatori.

### **Una nuova urbanità per l'ospedale pediatrico**

L'ospedale dei bambini si inserisce (e sollecita) nella ricerca di una strategia urbana di rinnovata attenzione all'infanzia. Il rapporto ospedale-città (tema che fu di Le Corbusier a Venezia, di Michelucci a Sarzana) va nella direzione di superare l'edificio chiuso in se stesso («machine a guèrir»). Anche se composto in modo professionalmente ineccepibile (in ragione delle sue funzioni tecniche di risposta specifica) «un ospedale che si organizza per fare a meno della città» è un ospedale profondamente menomato. Rimeditare e ridisegnare il rapporto con la città in termini contemporanei allontana da una concezione dell'ospedale come piccola città in cui le corsie sono le strade, i reparti sono i quartieri e così via, ed orienta verso una considerazione dell'ospedale come un centro di scambio e di relazioni che apre alla città, alla rete di presidi educativo-relazionali-sanitari.

### **L'ospedale pediatrico: orientamenti per l'elaborazione dello spazio**

L'opportuna premessa è che non è dimostrato un rapporto stretto di diretta valenza terapeutica di un determinato modello di spazio ospedaliero, ma che sicuramente esistono importanti rapporti indiretti tra qualità dello spazio e condizione della salute. Non ci sono soluzioni univoche e definitive, un modello ottimale di ospedale su cui definire a priori il raggiungimento di un alto livello qualitativo, ma è corretto fornire indicazioni per aiutare ad articolare, nel quadro dei tempi, delle risorse e rispetto ad un luogo preciso, le tante variabili di realizzazione dell'ospedale pediatrico.

Il cuore del problema progettuale è il cambiamento dei pesi all'interno dell'ospedale, cioè la diminuzione degli aspetti preponderanti della degenza ed il potenziamento dell'insieme di prestazioni sanitarie con soluzioni alternative al ricovero - come l'assistenza ospedaliera diurna e l'assistenza chirurgica diurna che, collocate vicino alle rispettive unità di degenza, hanno un comune utilizzo delle risorse umane e tecnologiche. Ciò esige una radicale trasformazione della concezione tipologica dell'ospedale, tradizionalmente caratterizzata nella successione dei rapporti fra le degenze e i servizi di diagnosi e cura, dall'organizzazione distributiva e funzionale delle degenze.

### **Il modellamento dello spazio rispetto alle esigenze del bambino**

Il bambino in ospedale entra in contatto con una realtà fortemente anomala, rispetto alla casa, alla scuola, agli ambiti di vita praticati. La riduzione dei timori nei confronti di questa realtà avviene nella misura in cui la struttura gli si dimostra conviviale, attenta a sostenerlo, aperta ai suoi familiari.

Dal punto di vista organizzativo ciò significa accogliere i bambini nella loro singolarità, instaurare rapporti e comunicazione tra famiglie e personale in maniera amichevole e aperta, determinare procedure operative tali che il desiderio del bambino di stare in ospedale il meno possibile ricevendo le cure adeguate, sia sempre presente.

Se l'ambiente ospedaliero non appare governato solo da una razionalizzazione di tipo formale delle relazioni, se non è costituito da una serie di spazi in cui il bambino malato si muove ansioso, può diventare un momento di conquista e può offrire, specie al meno piccolo, una occasione di maturazione.

La permanenza temporanea in una comunità di bambini malati non deve consentire che «l'atmosfera ospedaliera» pervada interamente il reparto di degenza. Ciò non significa affatto la mimetizzazione dell'ospedale ma una nuova sensibilità che permea la totalità degli spazi e cura, in maniera particolare, zone speciali di intervento. Il processo di innovazione dovrebbe con diverse gradazioni attraversare sia il settore a prevalente carattere assistenziale ed alberghiero, sia i locali e servizi impiegati per una finalità diagnostica e terapeutica, sia la zona dei servizi necessari per il buon funzionamento dell'ospedale. Sarebbe un errore

limitare a determinati punti l'attenzione progettuale sull'ospedale dei bambini perché, invece, tutta la gerarchia funzionale organizzativa degli spazi e dei servizi dell'ospedale, tutto il suo corredo, i nuclei funzionali e gli stessi criteri di aggregazione delle aree va attraversata con nuovi requisiti.

### **Spazio ed operatori sanitari**

La consapevolezza della dimensione psicologica dell'ospedale pediatrico significa ripensare gli spazi in ambienti capaci di farsi carico della sofferenza psichica dei bambini ricoverati e delle loro famiglie ma anche delle situazioni del personale che vi opera (laddove un eccesso di richieste emotive rischia di sottoporre il personale che ha un contatto più diretto con il bambino ed i suoi familiari a pressioni molto forti). Se è importante orientare il personale medico ed infermieristico verso un'assistenza globale al bambino ed alla sua famiglia per poterne comprendere e contenere i vissuti emotivi, è necessario che anche gli spazi strumentino la disponibilità di chi lavora. Non è sufficiente che gli ambienti siano conformi alla normativa sull'igiene e la sicurezza degli ambienti di lavoro ma occorre che essi esprimano una qualità che aiuti il personale nella propria attività.

### **Ordinamento spaziale complesso, differenziazione e identità degli ambienti**

L'ospedale pediatrico è uno spazio psicologico molto carico emozionalmente per bambini, operatori, visitatori. Occorre che i caratteri architettonici dell'ambiente non trasmettano un messaggio di neutralità ed indifferenza, non esprimano una presa di distanza procedurale, una esasperazione del principio di razionalità ma equilibrio, rassicurazione come premessa importante all'organizzazione terapeutica.

È molto importante che ogni spazio porti in sé il proprio significato. Alcuni particolari elementi architettonico-ambientali possono configurarsi come distintivi accentuando la riconoscibilità di un'area e assumendo il carattere di punti di riferimento.

Ambienti colorati, spazi non autoritari e austeri, illuminazione naturale differenziata a seconda della funzione e del luogo, quinte divisorie mobili a varia forma, possono rendere più confortevole il soggiorno dei bambini.

### **L'arredo come architettura seconda**

Gli arredi costituiscono uno degli elementi dell'ambiente ospedaliero che più influenzano l'esperienza diretta di bambini, operatori, visitatori, per il rapporto d'uso, di contatto, di consuetudine. Per la percezione diretta e immediata del comfort ambientale un arredo anonimo può influenzare negativamente il rapporto tra individuo e ambiente, può essere un ostacolo fisico e psicologico alle azioni e alle relazioni.

Un capitolato d'appalto tradizionale, la scelta su qualche catalogo producono il risultato di uno scarno e ormai sorpassato parco-arredo, di bassa qualità e funzionalità.

La risposta ai bisogni psicologico-percettivi non è un arredo che miniaturizzi il mondo dei grandi, ma un arredo che offre al bambino la possibilità di crearsi un microambiente flessibile ed adattabile nel vasto mondo dell'ospedale. Maneggevolezza, flessibilità, componibilità, atossicità, finiture morbide e sicure, durevolezza sono tra i requisiti di base da rispettare nel progetto di un mobile o di un arredo per bambini con l'ulteriore qualificazione che i bambini non si vedano costretti a subire uno spazio, ma lo possano gestire.

Fondazione Michelucci